

610.5
L392

MAR 19 1937

VOL. 2

No 3

MARS 1937

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

TAXOL

LE
RÉÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoire LOBICA

Paris, France

J. EDDÉ, Ltée, Agent.

Une formule nouvelle PHOSPHO-STRYCHNAL

groupe en un seul produit

La médication **strychnique**
La médication **phosphorée**
La médication **polyphosphatée**

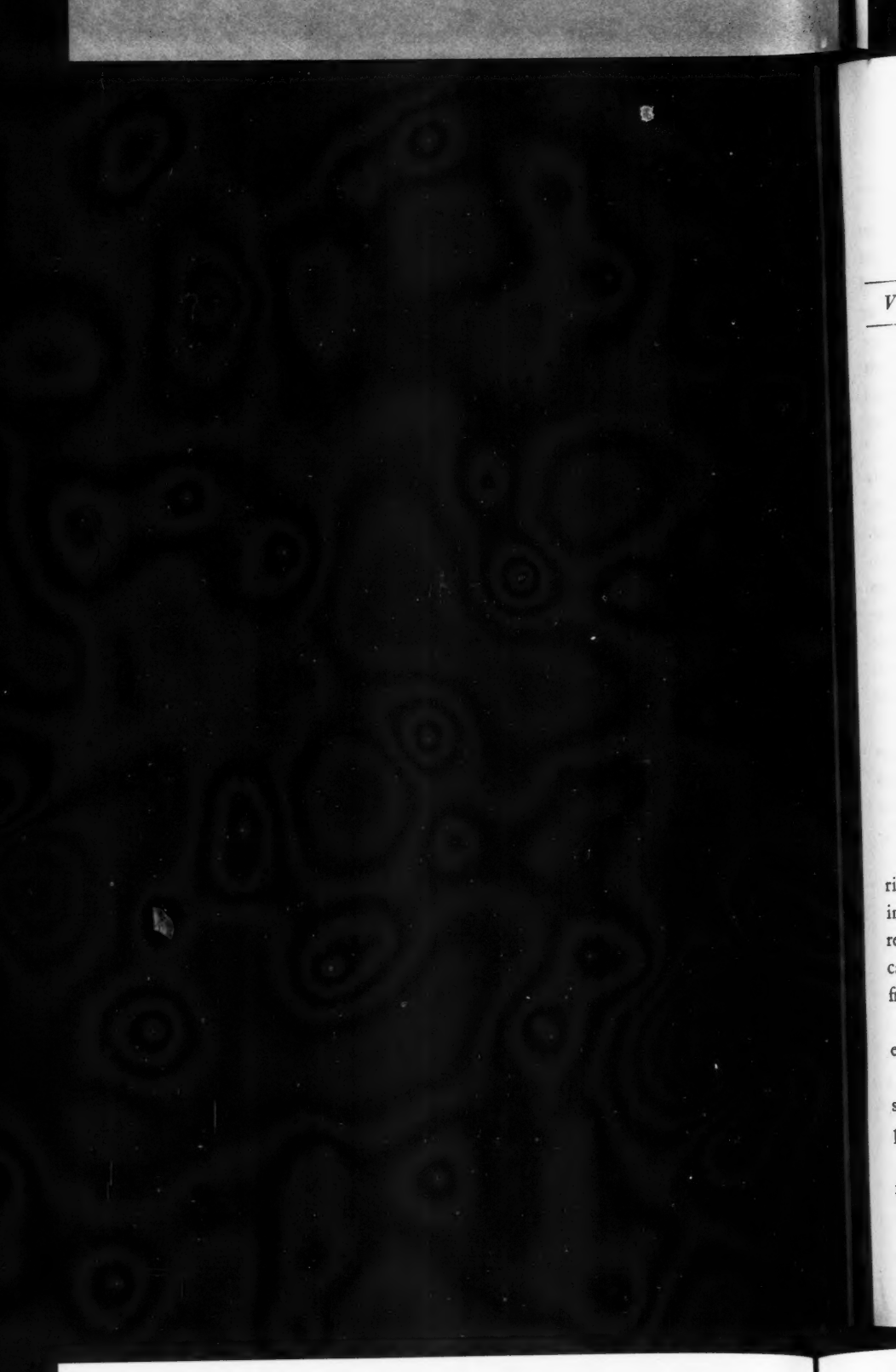
Gouttes 20 à 40 par jour.

Asthénie — Anorexie — Convalescences.

LABORATOIRES LONGUET

Paris

J. EDDÉ Limitée, Agent Général, Montréal.



v

ri
in
ro
ca
fi
e
s
I
a

LAVAL MÉDICAL

VOL. 2

N° 3

MARS 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONSIDÉRATIONS SUR L'ENDOSCOPIE PLEURALE

par

J.-P. ROGER

Chef de clinique à l'Hôpital Laval

Lors du dernier « Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord » nous avons été très étonné d'entendre un confrère canadien insister sur la fréquence des accidents graves consécutifs à la section d'adhérences intra-pleurales par la méthode de Jacobeus. Sur environ trente-cinq cas, on comptait, en effet, un nombre impressionnant de réactions séro-fibrineuses, d'empyèmes et d'hémorragies graves.

Nous avons donc décidé de relever nos observations d'endoscopie pleurale et d'en étudier les accidents ou incidents opératoires et post-opératoires.

Depuis mars 1934, vingt-huit endoscopies ont été faites dans notre service, parmi lesquelles dix-sept ont été suivies de sections complètes ou partielles de brides.

Pour cette intervention nous avons recours à la méthode de Jacobeus modifiée par Unverricht. Disons en passant que cette méthode consiste dans

l'introduction de deux trocars à travers les espaces intercostaux jusque dans la cavité pleurale préalablement insufflée. Un premier trocart est destiné au passage du pleuroscope, instrument comparable au cystoscope. Quand au second, il permet l'introduction d'un galvanocautère lequel dirigé par le pleuroscope doit sectionner les adhérences.

Jusqu'à date, en faisant exception pour l'emphysème sous-cutané qui est la complication de la majorité des endoscopies, nous n'avons observé aucun des accidents graves signalés par les auteurs : savoir, la réaction séro-fibrineuse, l'empyème, l'hémorragie et la perforation pulmonaire.

LA RÉACTION SÉRO-FIBRINEUSE serait en rapport avec le traumatisme de la plèvre et peut-être aussi plus particulièrement avec la température du cautère. Précisément, depuis que les opérateurs se servent d'un cautère à peine rouge, on a observé une baisse marquée du pourcentage des réactions séro-fibrineuses.

L'EMPYÈME est une complication qui, fort heureusement, se fait de plus en plus rare. Il y a dix ans, Maurer, de Davos, l'observait dans les proportions énormes de dix pour cent. D'après lui, cet accident était imputable à la méthode de Jacobeus qui, disait-il, « est une intervention mal réglée », Cinq ans plus tard, Coulaud remettait les choses au point en présentant une statistique de 250 interventions sans un seul cas d'empyème.

Il semble que cette complication soit due le plus souvent à des fautes d'asepsie. La simplicité de l'intervention n'exclut pas les précautions habituelles relatives à tout acte chirurgical ; au contraire, en présence d'une cavité pleurale dont le revêtement est déjà malade, ou sur le point de le devenir, il faut de toute nécessité que l'opérateur redouble d'attention.

L'HÉMORRAGIE est aussi une complication peu fréquente, mais il faut savoir qu'elle peut se produire indépendamment de la technique employée.

On a signalé des hémorragies dans l'orifice de pénétration du trocart. Cet accident rare, attribuable à la déchirure de vaisseaux intercostaux serait impossible à prévoir, donc impossible à éviter.

La déchirure brusque, au cours d'un effort, d'adhérences partiellement sectionnées aurait été rapportée comme cause d'hémorragies graves. Cela est de nature à faire réfléchir lorsqu'on se propose de sectionner en plusieurs temps une adhérence dont la libération d'un seul coup est jugée dangereuse.

Enfin des hémorragies graves se sont produites consécutivement à la brûlure de vaisseaux importants (vaisseaux du médiastin et vaisseaux sous-claviers).

Mais, le plus souvent, les hémorragies se font au niveau de la surface de section à la suite de cautérisation trop rapide avec cautère trop chaud. Si l'on veut éviter jusqu'à la limite du possible les accidents hémorragiques, il faut, en effet, que le cautère soit à peine rouge et que seule la courbure extrême de l'anse, placée sur un fond noir, présente une coloration visible. En agissant ainsi la section est beaucoup plus lente, mais les hémorragies ne sont pas à craindre et l'opérateur n'est pas aveuglé par la fumée. Coulaud et Arnaud ont expérimenté le pouvoir de ce cautère légèrement chauffé, en sectionnant sans hémorragie une fémorale de lapin.

LA PERFORATION PULMONAIRE est une des complications les plus graves qu'il faut éviter à tout prix. Elle peut être ou bien opératoire, ou bien secondaire à l'opération.

Opératoire, elle est due, le plus souvent, à la section d'une adhérence contenant un prolongement de caverne. Les risques de cet accident seront réduits au minimum, si on a la précaution de sectionner la bride au ras de son insertion pariétale.

Post-opératoire, elle serait la conséquence de la progression de lésions caséuses vers la zone cautérisée.

L'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ est, et de beaucoup, la complication la plus fréquente. Habituellement limité au pourtour de l'orifice fait par le trocart, l'emphysème peut parfois s'étendre au thorax, au cou et même au bras.

Le mécanisme en est très facile à saisir. Au moment d'un effort ou d'un accès de toux, l'air contenu dans la cavité pleurale est chassé brusquement à travers l'orifice demeuré béant après le passage du trocart.

La majorité de nos cas d'endoscopie ont présenté cet accident à des degrés divers. Dans un cas particulièrement alarmant, l'emphysème descendait jusqu'à l'avant-bras après s'être étendu au thorax et au cou menaçant la malade d'asphyxie.

Mais depuis que nous avons pris l'habitude de prévenir le moindre effort chez nos malades, en les mettant au repos absolu et en leur administrant pendant au moins 24 heures des calmants de la toux, l'emphysème a rarement dépassé la région entourant immédiatement l'orifice de ponction.

Nous désirons aussi attirer votre attention sur un incident rencontré au cours d'une de nos interventions, incident qui aurait pu avoir des conséquences très graves, et dont nous n'avons trouvé aucun exemple dans la littérature médicale que nous possédons.

Par suite d'une erreur dans l'interprétation radiographique du siège et de la direction de certaines adhérences, notre trocart a été enfoncé dans la base pariétale d'une bride importante. Il est allé sortir à quelques millimètres plus loin, sur le flanc de cette bride, formant avec celle-ci un angle très aigu.

Fort heureusement, cet incident n'a eu aucune conséquence fâcheuse, mais on imagine facilement ce qui serait arrivé si le trocart, au lieu de sortir sur le flanc de la bride, avait été poussé jusque dans le poumon. Nous aurions pu assister à une hémorragie grave ou encore à la formation d'une fistule broncho-pariétale.

Il faut donc de toute nécessité que l'endoscopie soit précédée d'un examen stéréoscopique complet, afin que l'opérateur soit bien fixé sur le siège, la disposition, le nombre et l'importance des adhérences.

Entre nos mains, la méthode de Jacobeus ne s'est donc pas montrée particulièrement dangereuse puisque, à l'exception d'un incident opératoire et d'un cas d'emphysème sérieux nous n'avons observé aucun accident grave.

Mais alors comment expliquer les résultats désastreux récemment publiés. Ou bien on a fait des fautes de technique (cautère trop chaud, asepsie insuffisante), ou bien on s'est attaqué à des adhérences dont le volume, la disposition et la constitution anatomique étaient autant de contre-indications à la section ; car il faut bien le dire, la méthode de Jacobeus, excellente en elle-même, ne permet pas cependant de sectionner indifféremment toutes les adhérences. Ainsi les brides dont le diamètre dépasse un pouce et dont la vascularisation est intense, celle dont l'insertion se fait au voisinage de vaisseaux importants, enfin celle dont le contenu pulmonaire s'applique directement sur la paroi thoracique, sont souvent très difficiles, pour ne pas dire dangereuses, à sectionner.

A plus forte raison, les synéchies sont-elles tout à fait inopérables par cette méthode.

Jusqu'à présent, les résultats obtenus dans notre Service sont satisfaisants. Nous nous proposons dans un travail ultérieur, de vous en faire part. Aujourd'hui, nous avons tout simplement tenté de vous décrire les accidents signalés par les auteurs et de vous exposer les moyens de les prévenir.

**CONSIDÉRATIONS MÉDICO-PÉDAGOGIQUES SUR LA
POPULATION ACTUELLE DE L'ÉCOLE
LA JEMMERAI (1)**

par

Jean-C. MILLER

Chef de service à l'Ecole La Jemmerais

et

Alphonse PELLETIER

Chef de clinique à l'Ecole La Jemmerais

Il persiste encore, en différents milieux même éclairés, une certaine ambiguïté sur l'œuvre poursuivie par l'École La Jemmerais ; son caractère un peu spécial, et le fait qu'elle fut la première du genre dans la Province, explique en bonne partie, cette persistance. Par ailleurs, lors de l'ouverture de cette École, les circonstances nous ont amenés à hospitaliser temporairement un certain nombre de malades de S. M. A. ; il s'agissait là de psychopathes et d'arriérés non délirants, mais ayant dépassé l'âge scolaire. Les agrandissements subséquents ont permis à l'Hôpital de reprendre ces malades dès les premières années. Leur présence, même temporaire, a cependant contribué à cette confusion.

Il faut encore mentionner la complexité de nos activités, à la fois médicales, pédagogiques et sociales ; l'École intéresse directement des personnes de professions bien différentes, et qui la comprennent selon leur point de vue respectif. Une telle situation entraîne nécessairement dans l'esprit de plusieurs, des appréciations inexactes ou incomplètes.

(1) Communication présentée à la Séance du 18 décembre 1936, de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

Rappelons dès maintenant que La Jemmerais est avant tout une Institution hospitalière, et représente une unité du centre Neuro-psychiatrique de l'Université Laval. Aussi avons-nous pensé que la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires était l'endroit par excellence pour apporter certaines précisions.

Situons d'abord, si vous le voulez bien, cette fondation dans l'évolution de la Thérapeutique des Maladies Mentales dans la Province. Elle fut fondée en 1926, et nous la devons à la clairvoyance de cette femme remarquable dont il nous plaît de rappeler la mémoire, la regrettée Mère St. Calixte. Elle fut sans contredit, la première chez nous, à vouloir effectivement une Maison de prophylaxie, au service de l'enfance prédisposée aux maladies mentales. Avec l'aide du Gouvernement Provincial, cette maison d'Assistance aux « Enfants Anormaux Éducables », était officiellement inaugurée lors du Congrès des Médecins de Langue Française, en septembre 1928.

A la même époque, et sous l'impulsion du Directeur Médical Général des Hôpitaux d'Aliénés de la Province, M. le Docteur A.-H. Desloges, s'élaborait un plan Provincial d'Hygiène Mentale ; ce plan prévoyait le soin et l'Éducation des différents types d'enfants Anormaux de l'Intelligence. Comme le laisse voir le Tableau No 1, on confiait à La Jemmerais une certaine classe de sous-doués, dont le Coefficient Intellectuel s'étend de 0.25 à 0.60.

On nous indiquait donc déjà une première catégorie d'Enfants à recevoir. Mais ce n'est là qu'une partie de l'Enfance Anormale : il reste tous ces Anormaux mieux doués et même quelquefois d'Intelligence Normale, qu'il nous faut encore recevoir, à cause de troubles nerveux ou affectifs. Ces anomalies les rendent nocifs et inadaptables dans les milieux d'enfants normaux. Ils ont absolument besoin d'attentions spéciales tant pour eux-mêmes, que pour protéger l'ordre et le bon rendement des maisons d'Éducation.

Il ne faut cependant pas croire, que nous admettons tous les enfants un peu difficiles ou turbulents dont les parents veulent se soulager. Au contraire, l'admission n'est consentie qu'après démarches conjointes et assermentées, des parents, du médecin traitant, du Ministre du culte, et enfin des

Tableau No 1

QUOTIENTS INTELLECTUELS		
0 à 24	Idiotie	<i>Baie St-Paul</i>
25 à 49	Imbécillité	<i>Ecole La Jemmerais</i>
50 à 59	Débilité mentale « infre »	
60 à 69	Débilité mentale « supre »	<i>Classe auxiliaire</i>
70 à 79	Frontière	
80 à 89	Lenteur intellectuelle	<i>Classe ordinaire</i>
90 à 109	Normal	
110 à 119	Normal supérieur	
120 à 139	Très supérieur	
140 et plus	Génial	
Orientation pédagogique des états d'Arriération Mentale. (Comité Provincial d'Hygiène Mentale.)		

Autorités Municipales qui reconnaissent le besoin et se portent garants des frais de pension. En plus, chaque fois qu'il nous en est possible, nous exigeons l'avis écrit de la Direction de l'École fréquentée par l'Enfant : nous pouvons donc affirmer que le contrôle est très sévère ; le besoin d'admission d'enfants indigents doit d'abord être reconnu par les diverses autorités extérieures concernées, pour être enfin soumis à notre acceptation. Tous les enfants de La Jemmerais sont donc plus ou moins touchés d'anomalies nerveuses ou mentales ; anomalies réelles mais accessibles au traitement correctif ou éducationnel. Les nécessités de l'œuvre entreprise, exigent évidemment que nous refusions les épileptiques avérés, les pervers instinctifs, les arriérés profonds, pour lesquels d'autres facilités ont été prévues.

Voilà donc pour le fonctionnement général de la Maison ; voyons maintenant si vous le voulez bien, quelques précisions sur les élèves eux-mêmes.

D'où viennent nos pensionnaires? D'un peu partout, dans la Province. Il est intéressant de souligner le petit nombre de ces enfants qui ont grandi dans des conditions familiales favorables. En effet, un récent relevé, nous montre que sur 399 élèves de l'École en 1936, 168 nous venaient de foyers brisés, par la mort ou la séparation des parents. En plus, 96 étaient des enfants nés hors du mariage ; il n'en reste donc que 135, soit moins de 35%, qui nous soient venus de foyers complets. Et encore devons-nous ajouter que, de ce dernier groupe apparemment mieux partagé, au moins 20% appartiennent à des familles de dégénérés, alcooliques, psychopathes, spécifiques et autres. Ces constatations locales corroborent l'opinion classique de l'importance de l'hérédité et du milieu, dans la genèse des troubles mentaux.

Tableau No 2

ORIGINE PARENTALE			
	G.	F.	Total
<i>Foyers complets</i>	81	54	135
<i>Foyers brisés :</i>			
Père décédé.....	26	29	55
Mère décédée.....	29	29	58
Parents décédés.....	4	3	7
Parents séparés.....	27	21	48
Total :	86	82	168
Enfants nés hors du mariage (1).....	59	37	96
	226	173	399
(1) Internés après adoption : 37			

Tableau No 3

POPULATION DE L'ÉCOLE LA JEMMERAIS

au mois de novembre 1936

Ages réels et

QUOTIENTS INTELLECTUELS

Ages réels ↓	0 à 25		25 à 49		50 à 59		60 à 69		70 à 79		80 à 89		90 à 109		110		Total									
	G. F. Tot.	Idiotie.	G. F. Tot.	Imbecil.	G. F. Tot.	D. M. Inf.	G. F. Tot.	D. M. Sup.	G. F. Tot.	Front.	G. F. Tot.	Lent. Int.	G. F. Tot.	Int. Norm.	G. F. Tot.	Int. Sup.	G.	F.	To.							
0 à 5 ans					1		1	2						1	1		3	1	4							
6 à 10 ans	3	1	4	5	3	8	10	12	22	9	13	22	35	11	46	17	10	27	5	5	10		84	55	139	
11 à 15 ans	1		1	7	6	13	12	17	29	47	33	80	42	27	69	20	11	31	3	3	6	2	2132	99	231	
16 à 20 ans					3	3	9	13	22	17	12	29	7	2	9	2		2	3	2	5		38	32	70	
21 ans et plus								3	3		2	2		1	1					1	1				7	7
	4	1	5	12	12	24	32	45	77	75	60	135	84	41	125	39	21	60	11	12	23	2	2257	194	451	

Au cours de la présente année, 451 élèves ont résidé à La Jemmerais : 194 filles et 257 garçons. Sur ce total de 451, 4 seulement avaient moins de six ans, et 7 avaient plus de 21 ans. La très grande majorité, soit 380, était d'âge scolaire, c'est-à-dire de 6 à 15 ans. L'âge réel moyen était de 12 ans 3 mois.

Voir tableau No 3.

En ce qui regarde le niveau intellectuel de ces mêmes enfants, 29 sur 451 ont un coefficient inférieur à 50. Du point de vue strictement pédagogique, ce groupe est le moins intéressant, mais en réalité peu important, puisqu'il ne représente que 6.5% de la population. Il faut par ailleurs ajouter que ces enfants sont jeunes, et encore susceptibles de développement ultérieur. A l'opposé de ces moins doués, nous retrouvons 25 enfants d'intelligence normale moyenne dont les coefficients s'étendent de 90 à 120 ; voici encore un petit groupe peu important, par rapport à la masse, et ne représentant que 5.7% de la population totale. L'énorme majorité soit 337 ou 74.7%, sont des sous-doués éducatibles, dont les coefficients s'étendent de 0.50 à 0.80 du développement intellectuel normal. La moyenne générale est de 68.3.

Tableau No 4

MOYENNES		
	Q. I.	Age réel
Garçons.....	0.69	11 ans 11 mois
Filles.....	.67	12 " 7 "
Popul. Totale.....	0.683	12 " 3 "

Si nous reportons ces moyennes en regard des indications fournies par le plan du Comité Provincial d'hygiène mentale, (Tableau No 1), nous constatons un écart sensible, et nos enfants apparaissent nettement plus intelligents que ceux proposés à nos soins.

L'explication en est facile :

1° Tel que déjà mentionné, la répartition du Comité Provincial d'Hygiène Mentale ne comprend que les Anormaux de l'Intelligence : sous-doués, arriérés, débiles mentaux, imbéciles et idiots. Or il existe bien d'autres Anormaux plus intelligents, mais dont le trouble maladif réside dans une certaine irritabilité nerveuse ou affective. Ces enfants sont insupportables en milieu de normaux et souvent même dangereux : par ailleurs ils sont amendables sous un régime approprié. On insiste pour les faire admettre chez nous ; en autant que possible nous les acceptons volontiers ; nous connaissons les embarras que provoque leur présence à l'École ou dans la famille, et nous savons aussi qu'ils répondent très bien à nos méthodes de traitement et de rééducation.

2° Un certain nombre d'enfants relativement intelligents sont pensionnaires à La Jemmerais, pour la raison qu'il n'existe pas encore d'organisations d'Hygiène Mentale moins dispendieuses, et capables de leur fournir les attentions médico-pédagogiques dont ils ont besoin. Des classes auxiliaires aux Externats et dans les agglomérations d'orphelins pourraient éviter un bon nombre d'admissions d'indigents.

3° Un autre facteur moins important de cet écart, est la technique différente de nos examens. Les normes du Comité d'Hygiène Mentale sont d'inspiration américaine, et les nôtres, d'inspiration française. Nous avons nous-même contrôlé les deux méthodes : la différence dans le coefficient obtenu est peu importante, mais existe tout de même, et il paraît à propos de la mentionner.

4° Il nous est totalement impossible de répondre à toute la demande qui est considérable : par ailleurs nos bâtisses inachevées, ne nous permettent pas d'organiser un service complet pour toutes les catégories d'Anormaux. L'Hôpital de la Baie St-Paul et les Asiles recevant déjà les niveaux inférieurs et les grands malades, nous avons cru devoir nous limiter en autant que possible, à des Anormaux moins touchés et plus doués, davantage capables d'une certaine instruction et de réadaptation sociale.

En effet, Messieurs, La Jemmerais est réellement une École active où tous les enfants sont régulièrement occupés selon leur âge et leurs aptitudes. Sur 400 élèves, au cours de l'année 1935-36, 294 garçons et filles d'âge scolaire,

fréquentaient les classes : les plus âgés, au nombre de 106, s'entraînaient activement à des travaux manuels.

Tableau No 6

ÉLÈVES A L'ENTRAÎNEMENT PROFESSIONNEL — Année 1935-36			
Garçons		Filles	
Agriculture.....	9	Art culinaire.....	10
Menuiserie.....	21	Travaux domestiques.....	22
Cordonnerie.....	8	Tissages (Métiers).....	12
Plomberie, électricité.....	1	Couture.....	6
Peinture.....	5	Tricot.....	8
Reliure.....	3		
Coiffure.....	1		
Total.....	48	Total.....	58
Grand Total 106			

Un bon nombre d'autres enfants plus jeunes, contribuent également aux travaux extérieurs, dans leurs temps libres.

Une forte proportion de nos enfants sont des malades physiques : hérédosspécifiques ou tuberculeux, dysendocriniens, neurologiques, scrofuleux, infirmes sensoriels, incontinents et autres ; ils reçoivent en même temps les traitements médicaux nécessaires.

Un mot maintenant des résultats. L'agencement du programme, la discipline du personnel, la méthode pédagogique, le milieu moral et l'influence médicale, créent une atmosphère favorable et qui agit dès l'admission : le sous-doué antérieurement désabusé et relégué au fond des classes, se sent encouragé et capable de quelque chose. Les Instables jusque-là incompris, incontrôlables et révoltés, se calment en général très vite, dans ce nouveau milieu, où l'on évite au possible, les causes de surmenage, et de provocation.

Sans doute, nous ne parlons que très rarement de « guérison », puisqu'en général nous avons affaire à des troubles constitutionnels; mais nous arrivons à des améliorations notables; un bon nombre de ces enfants deviennent utilisables dans différentes institutions, et aussi plusieurs sont réadaptés à la vie sociale.

De 1930 à 1935 inclusivement, une moyenne de 57 élèves par année, nous ont quittés suffisamment rétablis, pour reprendre l'école ordinaire ou accepter une occupation extérieure. Le tableau No 7 donne le détail de ces mises en congé; on y voit les quelques échecs, relativement peu importants.

Le niveau intellectuel de ces enfants mis en congé appelle certains commentaires: la moyenne générale était de 0.69. Les jeunes enfants repartis pour l'École ordinaire, avaient un coefficient moyen de 0.767, ce qui confine à l'Intelligence normale. Par ailleurs les plus âgés, partis pour travailler n'avaient en moyenne que 0.649. La moyenne de séjour fut de 3 ans 6 mois. Le niveau intellectuel des grands élèves, employés à l'extérieur et qui ont persisté, est plutôt bas: cette expérience démontre l'utilité non seulement de l'instruction intellectuelle et de l'entraînement manuel, mais aussi de la formation du Caractère, de l'Éducation morale, et de l'orientation professionnelle et sociale des Anormaux.

En conclusion, nous croyons pouvoir soumettre que dans des circonstances jusqu'ici peu avantageuses, La Jemmerais a montré des résultats comparables à ceux qui s'obtiennent ailleurs. Mais nous n'en demeurons pas moins totalement incapables de répondre à tous les besoins urgents de l'Enfance Anormale. Des centaines et même quelques milliers d'enfants prédisposés, dans cette province, continuent misérablement d'évoluer vers la Délinquance ou l'Aliénation, sans que personne ne vienne les secourir, dans l'intérêt même de la Collectivité.

Dans ce domaine particulier, nous sommes lamentablement en retard. Dans l'esprit des fondateurs, La Jemmerais devait à brève échéance, se compléter non seulement dans ses constructions mais aussi dans son œuvre. Jusqu'ici, depuis 1928, les circonstances furent, en général, contraires à tout progrès.

Le moment semble maintenant approcher où nous pourrions, avec un peu de bonne volonté, améliorer nos positions. L'Index fédéral pour 1933, fournissait des chiffres plutôt humiliants pour la Province de Québec. En effet, à cette date, Ontario disposait de 1566 lits pour Enfants Anormaux, nous n'en avions que 425. En dehors des Institutions (du genre de La Jemmerais) 243 professeurs spécialisés, faisaient dans les Écoles urbaines et rurales d'Ontario, l'éducation appropriée de 4351 enfants sous-doués ou prédisposés. Dans Québec, on mentionne 12 maîtres pour 187 Anormaux. En dehors de la Ville de Montréal, il n'y a pas eu grand progrès depuis, dans la Province. Ces comparaisons se passent de commentaires.

Il faut faciliter à La Jemmerais les moyens de compléter et d'étendre son œuvre. Beaucoup d'enfants devraient y venir et n'en sont pas capables ; d'autres qui y sont, pourraient s'en dispenser, si nous disposions de facilités moins coûteuses pour les recevoir.

Il semblerait d'abord fort à propos d'atteindre l'objectif de 1000 lits prévus nécessaires par les Fondateurs. Il faudrait, à côté de cet Institut, disposer d'un Service Social spécialisé, et enfin former des Professeurs ou maîtres d'Écoles, également spécialisés. Ce serait le moyen le plus efficace de faire pénétrer et fructifier les principes d'Hygiène Mentale dans nos milieux d'enfants : écoles publiques, crèches, orphelinats, œuvres d'adoption et de charité en général.

De cette façon, ici comme en Ontario ou ailleurs, nous arriverions bientôt à secourir des milliers d'enfants, qui sont actuellement abandonnés à leurs misères. Le coût proportionnel serait beaucoup moins élevé ; la Société s'acquitterait convenablement d'un devoir qui lui incombe tout en s'assurant une protection efficace. On réaliserait ainsi le dépistage systématique des Enfants prédisposés ; on leur fournirait aux meilleures conditions possibles et à temps, l'éducation et les traitements appropriés, l'orientation professionnelle et la Surveillance Sociale nécessaires.

ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LE TRAITEMENT DES POLYNÉVRITES ALCOOLIQUES

(PRÉSENTATION D'UN CAS)

par

G. DESROCHERS

Chef de service à l'Hôp. St-Michel-Archange

et

G.-H. LARUE

Chef de clinique à l'Hôp. St-Michel-Archange

On avait toujours considéré jusqu'à ces derniers temps comme une cause évidente de la polynévrite dite alcoolique, l'abus prolongé de l'alcool et l'action directe de celui-ci sur les éléments nerveux périphériques. Cette notion semblait indiscutable, et l'on admettait sans critique cette étiologie, bien qu'en réalité on n'eût jamais réussi à provoquer expérimentalement les lésions typiques de cette polynévrite par l'ingestion de grandes quantités d'alcool chez l'animal nourri, et qu'on eût observé en clinique de nombreux cas où l'abus prolongé des liqueurs alcooliques n'amenait pas chez l'homme de phénomènes semblables. Il y avait là une inconnue qui n'avait pas manqué de frapper quelques rares observateurs, mais il fallut attendre jusqu'en 1928, pour voir Shattuck, puis Minot soulever l'hypothèse, purement théorique d'ailleurs, qu'une déficience en vitamine dans l'alimentation pourrait bien être un facteur important dans le développement de la polynévrite chez les habitués de l'alcool. A partir de ce moment, plusieurs auteurs ont entre-

pris de vérifier le bien fondé de cette hypothèse et sont arrivés à démontrer d'une façon probante que l'alcool en soi n'est pas la cause véritable des polynévrites dites alcooliques et que l'absence du facteur B dans l'alimentation joue le rôle principal sinon unique.

Tout le monde admet aujourd'hui que le bériberi est dû à une déficience en vitamine B. Or, les manifestations cliniques et les lésions anatomo-pathologiques du bériberi sont sensiblement identiques à celles de la polynévrite des alcooliques.

Si l'on fait une enquête sérieuse sur l'alimentation des alcooliques souffrant de polynévrite, on trouvera, invariablement, que, pendant une période de temps prolongée, leur régime alimentaire ne comportait pas un apport normal de vitamines B., et l'on trouvera l'inverse chez les alcooliques invétérés ne souffrant pas de polynévrite.

A ces arguments d'ordre expérimental et clinique, viennent s'ajouter les résultats thérapeutiques obtenus chez les polynévritiques soumis à une alimentation rationnelle et comportant en plus un apport en vitamine B supérieur aux besoins normaux. Ces résultats sont vraiment frappants et sont surtout remarquables lorsque la vitamine B. a pu être donnée en injections, sous forme de produit pur cristallisé : dans l'espace de quarante-huit heures, on a vu ainsi reparaitre des réflexes rotuliens abolis, en même temps qu'une amélioration immédiate des troubles sensitifs et moteurs. On a même constaté que des malades continuaient à s'améliorer, malgré qu'on leur fit prendre une chopine à une pinte de whisky du commerce, par jour, pourvu qu'on leur fournît un régime riche en vitamines B.

Ces faits semblent donc très démonstratifs et nous amènent à modifier complètement nos anciennes conceptions sur l'étiologie et le traitement des polynévrites dites alcooliques.

Afin d'illustrer, par un exemple, ce que nous venons de dire, nous vous soumettons l'observation suivante :

OBSERVATION : J. B. . . , âgé de 58 ans, est interné à l'Hôpital St-Michel-Archange, le 10 octobre 1936, pour troubles du caractère avec idées de persécution et jalousie ayant évolué parallèlement à un syndrome neurologique paralytique.

Grabataire depuis 4 mois, le malade fait remonter le début de ses troubles à 6 ans. Il commence d'abord à ressentir des douleurs spontanées dans ses

membres et dans la région épigastrique ; douleurs en coup d'aiguille et cram-
pes stomacales qui firent orienter nos recherches vers un tabès possible. Des
réflexes tendineux abolis partout, de même qu'un signe d'Argyll nous font
croire que nous sommes sur la bonne voie. Les signes d'ataxie étant difficiles
à mettre en évidence à cause de l'impotence presque complète du malade, nous
attendons les résultats des épreuves sérologiques avant de pousser plus loin
notre examen. A notre surprise, sang et L. C. R. sont négatifs.

Une telle symptomatologie ne pouvait alors s'expliquer autrement que
par une polynévrite dont la cause est facilement mise en évidence. Le
malade est, en effet, un ancien alcoolique, de son propre aveu.

L'examinant de plus près, voici ce que nous constatons :

Station debout et marche impossibles sans soutien. Il ne peut même
pas manger seul, étant incapable de se servir de ses mains.

La force musculaire est très diminuée aux quatre membres qui sont
atrophiés particulièrement à leur extrémité distale. Aux deux mains existe
une griffe frappant les trois derniers doigts et due à des rétractions tendi-
neuses des fléchisseurs.

Les réflexes tendineux sont tous abolis et la recherche des cutanés reste
sans réponse.

La pression des masses musculaires (principalement des mollets) arrache
un cri au malade. Il se plaint de fourmillements dans les pieds et les mains
de même que de douleurs spontanées lancinantes dans les membres, mais
beaucoup moins prononcées qu'autrefois. A une certaine période elles
auraient été intolérables.

Il ne peut discriminer sans erreurs les diverses sensations de froid, chaud,
toucher, piqure, (erreurs de plus en plus marquées lorsqu'on approche de
l'extrémité distale des membres).

En dehors de ces constatations, autre fait à noter est l'existence d'une
constipation chronique avec anorexie, état saburral de la langue et pyorrhée
alvéolo-dentaire.

Il n'y a rien à signaler quant au fonctionnement des différents systèmes
respiratoire, circulatoire et génito-urinaire.

L'ensemble des troubles mentaux, neurologiques et digestifs fut attribué
à l'alcoolisme chronique, mais, nous inspirant des données nouvelles que
nous avons exposées plus haut, nous avons immédiatement soumis notre
patient à une alimentation aussi équilibrée que possible, en y ajoutant un

surplus de vitamines B sous forme de germes de blé, à la dose de quatre cuillérées à thé par jour.

Les résultats se manifestèrent dès les premiers jours ; dans l'espace d'une semaine, la force musculaire s'accrût considérablement aux membres, les troubles sensitifs s'atténuèrent, l'appétit revint, l'usage des laxatifs arrêté. Après dix jours de ce régime, la patient se servait de ses mains pour manger seul, il put se lever et marcher sans soutien, ce qu'il n'avait pas fait depuis au delà de quatre mois.

Actuellement, le rythme de cette amélioration s'est beaucoup ralenti, bien que la quantité de germes de blé administrée ait été portée à sept cuillérées à thé par jour. On n'en constate pas moins une récupération progressive qui se traduit par une agumentation de poids, un état normal des fonctions digestives, la disparition des troubles mentaux. Les symptômes encore persistants sont l'abolition des réflexes tendineux, quelques paresthésies et les rétractions musculo-tendineuses de l'extrémité des membres supérieurs. Ces dernières, croyons-nous, sont dues à des lésions de sclérose qui ne pourraient être amendées que par des moyens physiothérapiques. Quant à l'aréflexie tendineuse, on peut encore espérer qu'elle disparaîtra, s'il nous est possible d'administrer la vitamine B¹, sous forme cristallisée ; on a vu, en effet, les réflexes tendineux qui demeuraient abolis, dans un cas, après 221 jours de traitement, réparaître à la suite d'injections intra-veineuses de 10 mg. de vitamine B¹.

Les résultats obtenus jusqu'à date chez notre patient suffisent donc à démontrer d'une façon nette l'action d'un régime riche en vitamines B sur la récupération des fonctions nerveuses dans les polynévrites alcooliques.

Au point de vue pratique, on peut donc admettre que toute polynévrite survenant chez un alcoolique, quelle que soit la durée de son évolution, est susceptible de ce traitement ; mais cette notion ne représente qu'un aspect très limité du rôle joué par la vitamine B¹, dans l'organisme, et nous voudrions, brièvement, vous signaler les aperçus entièrement nouveaux qu'une étude d'ensemble des propriétés du facteur B¹, permet d'envisager.

Des études expérimentales et des observations cliniques précises sur l'action de la vitamine B¹, à l'état pur, sous forme de produit cristallisé, ont permis de conclure que la présence de ce facteur dans l'alimentation est indispensable à l'intégrité des éléments nerveux périphériques.

Le béribéri, qui représente la forme la plus typique de carence en vitamine B¹, est loin d'en être la seule manifestation. On reconnaît aujourd'hui que dans plusieurs états de dégénérescence des fibres à myéline, l'absence du facteur B¹, soit par défaut d'apport alimentaire, soit par défaut d'absorption ou d'utilisation, joue un rôle important ; c'est ainsi que l'on est amené à rattacher à l'avitaminose B¹, les polynévrites observées au cours des diverses intoxications ou infections, les polynévrites des femmes enceintes, divers syndromes neuro-anémiques, et enfin les polynévrites dites diabétiques ou auto-toxiques.

Dans presque tous ces cas, l'administration thérapeutique de vitamine B¹ a donné des résultats probants, et, dans certains cas, quasi miraculeux, particulièrement dans le traitement des polynévrites de la grossesse.

Ce n'est pas notre intention de discuter ici la pathogénie de ces états, ni de montrer les étapes successives par lesquelles on est arrivé à ces conceptions nouvelles.

Qu'il nous suffise d'insister sur la fréquence particulière de l'avitaminose B¹, probablement la plus fréquente de toutes les avitaminoses, dans nos régions, et sur la nécessité d'y penser, non seulement à l'occasion des polynévrites dites alcooliques, mais à l'occasion de tous les syndromes névritiques périphériques.

BIBLIOGRAPHIE

- WESCHLER. Etiology of Polyneuritis. *Arch. Neur. and Psych.* 29 : 813-827. April 1933.
- MINOT, STRAUSS et COBB. Alcoholic Polyneuritis : Dietary Deficiency as a factor in its production. *Abstr. in Arch. Neur. and Psych.* I — 1, 1935, p. 174.
- JOLIFFE et COLBERT. The Etiology of Polyneuritis in the Alcohol addict. *J. A. M. A.*, 29 août 1936, p. 642.
- VORHANS, WILLIAMS et WATERMAN. Studies on crystalline Vitamin B,— Experimental and clinical observations. *J. A. M. A.*, 16 nov. 1933, p. 1580.
- STRAUSS et McDONALD. Polyneuritis of Pregnancy, a Dietary Disorder. *J. A. M. A.*, 29 avril 1935, p. 1320.

**PRÉSENCE DU BACILLE DE KOCH DANS LE SANG ET LE
LIQUIDE GASTRIQUE D'UN ENFANT ATTEINT
D'ÉRYTHÈME NOUEUX**

par

Roland DESMEULES

Chef de service à l'Hôpital Laval

et

Henri MARCOUX

Chef du laboratoire de l'Hôpital Laval

Depuis qu'Uffelmann, en Allemagne, et Lallier, en France, attribuèrent l'érythème noueux à la tuberculose, nombreux sont les auteurs qui ont cherché à apporter des preuves biologiques et bactériologiques de la nature bacillaire de la dermatite contusifforme.

Landouzy fut le premier à trouver le bacille tuberculeux dans la lumière d'un vaisseau de nodule.

Lœderich et Ch. Richet fils, démontrèrent l'existence de bacille de Koch dans le sang d'un malade atteint d'érythème noueux.

Lowenstein, par sa technique spéciale de culture, a mis douze fois en évidence le bacille tuberculeux dans le sang de 14 malades souffrant d'érythème noueux.

Sergent, Durand, Gaspar et Marcoux, par des recherches suivant la méthode de Lowenstein, constatèrent une hémoculture positive chez trois patients porteurs d'érythème noueux.

T LE

èrent
i ont
ature

nière

Koch

is en
'éry-

ut la
trois

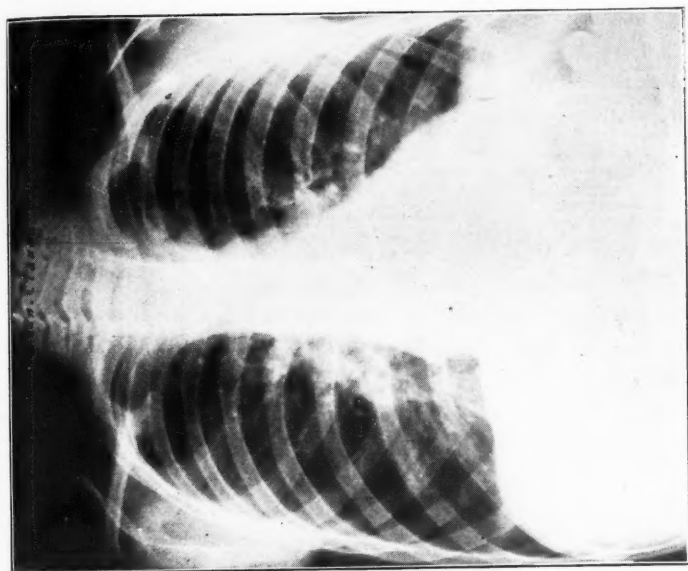


Figure 1

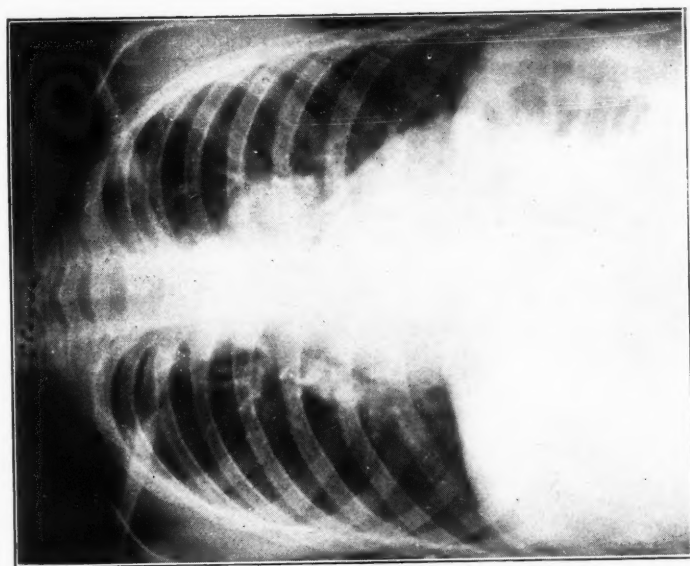


Figure 2

Fig. 1. J.-C. B.—**Dossier 1887.** Radiographie prise à l'entrée du malade, lorsqu'il existait de la bronchocongestion non tuberculeuse avec une petite réaction pleurale secondaire.

Fig. 2. J.-C. B.—**Dossier 1887.** Radiographie prise deux jours après l'apparition de l'érythème noueux. Elle montre le complexe ganglio-pulmonaire gauche et une opacité juxta-trachéale droite.

Robert Debré avec ses collaborateurs A. Saenz, Julien Marie, R. Broca et J. Bernard, s'occupa particulièrement de la question et publia de manifiques travaux sur le sujet qui nous intéresse.

En l'année 1935, il apporte, devant la Société de Biologie, l'observation d'un enfant atteint d'érythème noueux. Chez ce malade il décèle le bacille de Koch dans le sang et les nodules par inoculation au cobaye.

Au cours de la séance du 7 juin 1935 de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Debré reprend après Troisier l'étude de l'érythème noueux. Il insiste sur ses travaux poursuivis à l'Institut Pasteur afin de fournir la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse de l'érythème noueux. Chez cinq enfants, il a pu prouver la présence du bacille, quatre fois par culture des crachats ou du liquide gastrique, une fois par hémoculture. Chez deux enfants, l'existence du bacille a été mise en évidence dans un nodule par l'inoculation au cobaye.

L'observation suivante vient s'ajouter aux faits de plus en plus nombreux où la présence du bacille de Koch lors d'érythème noueux a pu être démontrée par des recherches bactériologiques.

J. C. B. Dossier 1887 — écolier, âgé de 6 ans, entre à l'Hôpital Laval le 14 novembre 1935. Il n'y a pas de contact tuberculeux connu. L'enfant tousse facilement depuis une broncho-pneumonie survenue à l'âge d'un an et demi. Au début d'octobre 1935, la toux réapparaît. Elle s'accompagne d'état subfébrile, d'amaigrissement, de fatigue. L'enfant devient suspect de tuberculose et est envoyé à l'Hôpital Laval.

A l'entrée nous constatons de la rudesse et des râles sonores aux régions inférieures pulmonaires. La radiographie montre une accentuation des arborisations broncho-vasculaires aux bases et une opacité horizontale sus-diaphragmatique surtout marquée à gauche. La cuti-réaction et l'intradermo-réaction sont négatives. Il n'y a pas de bacilles de Koch dans les crachats. Nous portons le diagnostic de broncho-congestion subaiguë, non tuberculeuse, avec atteinte pleurale secondaire.

Le malade soumis à la cure hygiéno-diététique s'améliore : la toux diminue, l'état subfébrile disparaît, les râles sonores s'atténuent.

Le 16 décembre, une nouvelle intradermo-réaction est négative.

Subitement, le 8 décembre, la température monte à 101°, l'enfant devient affaîssé, accuse des malaises généraux. Trois jours plus tard, apparaît une éruption noueuse typique aux jambes et aux avant-bras.

Le 6 janvier, 5 jours après le début de l'érythème, la cuti-réaction est fortement positive, vésiculeuse.

Une radiographie est prise le lendemain. Elle montre la disparition des opacités sus-diaphragmatiques mais des ombres nouvelles, très accentuées, sont apparues aux régions hilaire gauche et juxta-trachéale droite.

Le 3 janvier, deux jours après l'apparition de l'érythème noueux, la température de l'enfant étant à 100°, prise de sang pour ensemencement sur milieux de Lowenstein et inoculation au cobaye. Il a été impossible de retirer de la sérosité des nodules érythémateux. Le même jour biopsie d'un nodule.

A) Le sang a été ensemencé sur six milieux de Lowenstein. Cinq de ces milieux sont restés stériles. Un tube a montré, le 18 mars 1936, quelques colonies dont la nature tuberculeuse a été confirmée au microscope. Après raclage du milieu positif les bacilles tuberculeux ont été inoculés à un cobaye qui n'a pas réagi à l'inoculation. En effet, ce cobaye a été tué le 17 octobre dernier et à son autopsie on n'a trouvé d'autres lésions qu'une légère hypertrophie des ganglions médiastinaux droits.

L'examen histologique de ces ganglions n'a montré qu'une infiltration massive par des lymphocytes sans formations épithélioïdes ou géantocellulaires et sans bacille de Koch.

Une partie du sang prélevé le 3 janvier a été inoculée à un cobaye qui a continué à prendre du poids, n'a pas réagi à deux intradermo-réactions et n'a pas présenté d'adénopathie.

B) Le nodule érythémateux a été broyé, mis en suspension dans du sérum physiologique et inoculé à trois cobayes. Un cobaye est mort le 18 juillet sans aucune lésion et ses organes ne contenaient pas de bacille de Koch. Les deux autres n'ont pas réagi à la tuberculine, ont repris du poids et n'ont pas d'adénite perceptible à la palpation.

C) Le 15 janvier nous constatons du bacille de Koch dans le liquide gastrique.

ÉVOLUTION ULTÉRIEURE DE LA MALADIE

Au milieu du mois de janvier la température devient subfébrile et demeure ainsi jusqu'à la fin d'avril. Depuis cette date la température est normale. L'état général de l'enfant, un peu altéré durant la période fébrile, se relève

pour devenir rapidement normal. Cependant les ombres radiologiques bien qu'atténuées persistent à gauche. Notons en plus que de nouvelles cuti-réactions demeurent positives. Des recherches subséquentes de bacille de Koch dans le liquide gastrique se sont montrées infructueuses.

CETTE OBSERVATION COMFORTE PLUSIEURS POINTS INTÉRESSANTS

1° L'apparition de tuberculino-réactions positives 49 jours après l'existence de réactions négatives nous font penser que l'enfant était dans la période anté-allergique lorsqu'il est entré dans le service de l'un de nous. La durée un peu longue de l'anté-allergie peut s'expliquer par la faible virulence du bacille de Koch qui a causé l'infection bacillaire.

Nous avouons que la tuberculisation de l'enfant pendant son séjour à l'hôpital peut être soutenue. Elle nous paraît peu probable si on tient compte des précautions prises dans notre service d'enfants pour isoler les cas contagieux.

2° La constatation du bacille de Koch dans le sang montre, ainsi qu'on l'a écrit, la diffusion du germe tuberculeux. Cette bacillémie initiale de la primo-infection est précoce, discrète et transitoire. Ces caractères ont été soulignés par Debré et ses collaborateurs.

D'après lesensemencements qui ont été faits du sang de l'enfant, on peut dire que, le 3 janvier, au cours d'une poussée d'érythème noueux, du bacille de Koch a été trouvé dans le sang. Mais l'expérimentation sur le cobaye du bacille qui a poussé sur le milieu de Lowenstein ne permet pas d'affirmer que ce germe soit virulent. Tout au plus peut-on dire, en attribuant la petite adénite médiastinale à l'action de ce microbe, que le bacille de Koch trouvé dans le sang avait une virulence excessivement atténuée.

3° Il nous a été impossible de constater des bacilles dans les éléments cutanés. Ce résultat négatif ne nous surprend pas. Rares sont les observations où la présence de bacilles de Koch dans un nodule a pu être démontrée d'une façon probante. N'oublions pas qu'il s'agit de processus inflammatoire et non de lésions folliculaires.

4° Les documents radiographiques si démonstratifs qui font voir le complexe ganglio-pulmonaire de la primo-infection rappellent combien précocement la radiographie peut apporter la preuve d'une localisation pathologique.

Rappelons qu'à la suite d'un grand nombre d'auteurs nous avons appris la prééminence de l'examen radiologique sur l'exploration stéthacoustique dans la recherche de foyers ganglio-pulmonaires.

5° Enfin, notre observation comporte un faisceau impressionnant de symptômes qui nous permet, après tant d'autres, d'affirmer de nouveau l'importance primordiale de la tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie de l'érythème noueux.

BIBLIOGRAPHIE

- LOEDERICH et Ch. RICHEL, fils. « L'Erythème noueux bacillo-tuberculeux ». *Revue de la tuberculose*, 1920, No 4, p. 229.
- SERGENT, DURAND, GASPARD et MARCOUX. *Société de Biologie*. 17-12-32.
- Robert DEBRÉ, Julien MARIE, BROCA, SAENZ et BERNARD. « Particularités d'un certain nombre de cas d'érythème noueux ». *B. M. de la S. Méd. des Hôpitaux de Paris*. 24-6-35.
- Robert DEBRÉ, SAENZ, BROCA et BERNARD. « Présence simultanée du bacille de Koch dans le sang et les nodules d'un enfant atteint d'érythème noueux ». *Société de Biologie*. No 27, 1935.
- R. DESMEULES. « Erythème noueux et tuberculose ». *B. de la Soc. Méd. des Hôpitaux Universitaires*. Québec. 1933.
-

HÉMISACRALISATION GAUCHE DE LA CINQUIÈME VERTÈBRE LOMBAIRE

par

Lucien LARUE

Chef de service à l'Hôp. St-Michel-Archange

Je vous rapporte l'observation d'une personne actuellement âgée de 23 ans qui, à l'âge de 17 ans par conséquent il y a 6 ans, fit une chute sur le dos tombant d'une hauteur d'environ quatre à cinq pieds.— Cet accident a donné lieu à l'apparition immédiate de douleurs très vives dans la région lombosacrée et la malade nous raconte qu'elle a été près de perdre connaissance tellement les douleurs étaient intenses. Celles-ci ont persisté assez violentes dans les jours qui ont suivi, l'empêchant de dormir et l'obligeant même à chercher dans son lit des postures extraordinaires pour essayer d'obtenir un peu de soulagement. Puis, peu à peu, tout a paru rentrer dans l'ordre et cette personne a pu « vaquer » à ses occupations comme d'habitude sans aucun malaise. Cette période d'accalmie a duré environ deux mois après la cessation complète des douleurs. C'est alors qu'apparaissent des douleurs dans le ventre au moment des menstruations, chez cette malade qui avait toujours eu des règles normales et, à chaque mois, les douleurs lui paraissent augmenter d'intensité et elle continue à souffrir ainsi au moment de ses menstruations pendant deux ans. Jusque-là, dans l'intervalle, elle n'avait rien présenté de particulier mais, à cette date, les douleurs s'installent à la suite des menstruations, deviennent continues et très violentes, ne lui laissant aucun repos, l'empêchant de nouveau de dormir.

Comme une thérapeutique symptomatique n'avait pas donné de résultats et qu'elle était sous l'impression que ses douleurs avaient une origine ova-

rienne, vers août 1935, elle s'est adressée à un chirurgien. Celui-ci pose un diagnostic d'ovarite scléro-kystique double et intervient le 25 août 1935, pratiquant une résection partielle des ovaires avec résection du plexus hypogastrique supérieur. Les suites opératoires ont été normales mais les résultats négatifs. La malade continue de souffrir de la même façon. Au mois de mars 1936 le chirurgien est de nouveau consulté et une deuxième intervention chirurgicale est pratiquée donnant lieu cette fois à l'ablation des annexes. Les suites opératoires sont normales mais les douleurs persistent toujours.

Je vois cette malade pour la première fois il y a un mois. Elle me raconte cette histoire en négligeant toutefois de mentionner cet accident qu'elle a eu il y a six ans, car elle n'y attachait pas d'importance et, je dois vous dire en passant, qu'elle n'en a pas parlé non plus au chirurgien qui l'a eue sous ses soins à deux reprises différentes. A part le syndrome douloureux qu'elle présente, elle insiste de plus sur un état de constipation chronique très accentuée qui nécessite l'administration quotidienne d'un lavement.

En présence d'un cas aussi complexe je décide de lui faire subir un examen complet commençant par un lavement baryté qui nous a mis, le radiologiste et moi, sur la voie du diagnostic car la radiographie prise au moment de cet examen nous a fait voir une hémisacralisation gauche de la cinquième vertèbre lombaire, qu'a confirmée une deuxième radiographie prise une semaine plus tard, et celle-ci nous a fait voir en plus: une arthrite sacro-iliaque droite.

Nous avons là l'explication du syndrome douloureux progressif que présentait cette malade depuis au-delà de quatre ans: Sacralisation douloureuse de la cinquième lombaire avec arthrite sacro-iliaque droite. Cette sacralisation ou assimilation au sacrum de la cinquième vertèbre lombaire est une malformation bien connue des anatomistes. Assez fréquente, elle ne deviendrait pathologique que dans un certain nombre de cas. La grande majorité reste latente toute la vie et constitue des découvertes de clichés radiographiques.

Pour expliquer ce que l'on a appelé la sacralisation douloureuse de la cinquième vertèbre lombaire, la sacralisation-maladie, bien des pathogénies ont été invoquées et dans la plupart des cas rapportés, on fait intervenir les traumatismes, les infections et particulièrement le rhumatisme.

Dans le cas qui nous occupe, cet accident arrivé à notre malade paraît avoir un rôle probant. Son passé est indemne de toute infection et ce n'est

pas un
qu'elle
radicu
actuell
s'irrad
arthrit
Ce
aillur
cinqui
lombai
en son
J'o
radior
dang
ressort

pas une rhumatisante. Si l'on analyse le syndrome douloureux, l'on s'aperçoit qu'elle présente comme dans tous les cas déjà observés, des douleurs à type radiculaire. Ces douleurs sont très vives, paroxystiques ; elles intéressent actuellement chez notre malade la région lombo-sacrée, l'abdomen, le bassin, s'irradient jusque dans la cuisse droite probablement, en rapport avec cette arthrite sacro-iliaque droite que nous montre la radiographie.

Cette affection a donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Par ailleurs, avant de poser un diagnostic de sacralisation douloureuse de la cinquième vertèbre lombaire, l'on doit penser à tous les syndromes douloureux lombaires, pelviens, aux douleurs radiculaires de l'arachnoïdite. Les causes en sont très variées.

J'ose croire que mon diagnostic est exact. Comme thérapeutique, la radiothérapie paraît donner les meilleurs résultats et sans faire courir aucun danger au malade. Le traitement chirurgical ne doit être utilisé qu'en dernier ressort et comporte de grands risques d'échec.

NOTES DE PÉDIATRIE

LES TROUBLES THYMIQUES

par

Donat LAPOINTE

Chef de clinique à la Crèche St-Vincent de Paul

Si le syndrome d'hypertrophie est devenu plus fréquent de nos jours, ce n'est pas que le diagnostic soit plus facile à faire à cause d'une symptomatologie mieux connue et du développement des moyens paracliniques. Mais en réalité, c'est que parfois, nous avons trop tendance à vouloir expliquer facilement des troubles frustes et obscurs de l'appareil respiratoire, circulatoire ou digestif, en leur attribuant, par trop arbitrairement, une étiologie liée à la seule hypertrophie du thymus.

Bien rares sont les cas à symptomatologie pure et indiscutable comme le stridor inspiratoire ou expiratoire, les dyspnées, les accès de cyanose et la turgescence des jugulaires. La radiographie seule ne peut et ne doit jamais faire porter un diagnostic de troubles en rapport avec un gros thymus, car nous voyons de temps en temps, chez des nourrissons, des images de thymus très augmentés de volume sans que jamais ils n'aient et ne présentent plus tard le moindre symptôme.

Trois enfants A. B. C., de même âge, peuvent fort bien présenter une image radiologique de gros thymus sensiblement la même, sans extérioriser les mêmes troubles.

L'enfant A pourra avoir une croissance parfaite et un état de santé excellent. Cependant l'enfant B laissera paraître de légers troubles. Enfin,

l'enfant C pourra présenter un tableau clinique tel qu'il n'y aurait aucune hésitation à affirmer que tous les troubles sont en rapport avec un thymus augmenté de volume. Si l'enfant C est soumis à des séances de radiothérapie, après une période de temps variable, les signes cliniques s'atténuent souvent et disparaissent généralement en même temps que s'opère la régression du thymus.

Tout ce qui a été exposé ci-haut est généralement admis comme classique ; mais malgré l'apparente rigueur des faits, peut-on affirmer catégoriquement que du fait que la régression du thymus est contemporaine de la diminution ou de la disparition des symptômes observés, cet organe ou cette glande soit le facteur causal unique et nécessaire. Honnêtement, nous pouvons tout au plus le présumer mais raisonnablement on ne le peut pas toujours.

En effet, pourquoi trois enfants de même âge, avec une même image de thymus hypertrophié, ne présentent-ils pas la même symptomatologie ? De plus, il est admis que certains syndromes dits thymiques s'observent sans hypertrophie du thymus. N'y a-t-il pas là des faits assez importants pour éveiller des doutes dans l'esprit du clinicien quant à l'étiologie généralement admise de ce syndrome ?

Il faut admettre que souvent, chez l'enfant porteur d'un gros thymus et extériorisant un syndrome, à qui on a fait des applications de radiothérapie profonde, nous voyons les symptômes s'atténuer et disparaître. Mais la même constatation se fait aussi chez un enfant ayant le syndrome sans donner d'image radiologique de gros thymus. Voilà qui devient de plus en plus troublant et qui invite à regarder au côté ou sous le thymus.

Ne s'agirait-il pas d'un état constitutionnel spécial indépendant du thymus hypertrophié ou non ?

L'instabilité particulière du système neuro-végétatif de certains nourrissons ne serait-il pas parfois à l'origine de certains troubles respiratoires, circulatoires et digestifs ? La radiothérapie n'aurait-elle pas une heureuse influence en modifiant ce système, et, sous l'influence des rayons X ou non, le thymus ne serait-il qu'un vulgaire témoin qui tend à s'effacer à mesure que l'intérêt des phénomènes cliniques diminue ?

L'étiologie des troubles dits thymiques reste encore à préciser, puisque les faits cliniques n'ont nullement une rigueur qui s'oppose à la recherche d'une autre étiologie.

BIBLIOGRAPHIE

LA RÉSECTION ENDOSCOPIQUE DE LA PROSTATE, par le Dr Ed. PAPIN, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. Un volume in-4° (24,5 x 18,5) de 66 pages, avec 47 figures. Prix : 30 fr. A la *Librairie-Imprimerie Gauthier-Villars*, 55, Quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

NOTICE

L'auteur qui poursuit depuis deux ans l'application des méthodes endoscopiques au traitement de l'hypertrophie prostatique a donné dans cet ouvrage les résultats de son expérience.

Il a utilisé une instrumentation personnelle et donne tous les détails de la technique qu'il préconise. Ceux qui voudront appliquer la méthode trouveront là des instructions et des conseils qui leur éviteront bien des déboires. L'auteur est loin de croire que cette résection endoscopique remplacera totalement ou en grande partie la prostatectomie, mais il est persuadé qu'elle a des indications qu'il a cherché à préciser.

A l'aide de ce manuel, tous ceux qui ont une certaine expérience de l'endoscopie et de la chirurgie urinaire arriveront à pratiquer la résection.

L'ouvrage est très abondamment illustré, ce qui facilite la compréhension du texte.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction anatomo-pathologique.— Rapports des tumeurs uréthro-prostatiques avec la vessie.— Les lésions du col et de l'urètre prostatique autres que l'hypertrophie.— Instrumentation.— Note concernant le fonctionnement de l'appareil « diathermo-chirurgical ».— Technique de la cystostomie à l'anesthésie locale.— Anesthésie.— Préparation à l'opération. Technique opératoire.— Traitement post-opératoire. Accidents et complications.

Dr Ed.
x 18,5)
autour-

éthodes
dans cet
détails
méthode
ien des
copique
s il est

ence de
section.
préhen-

urétro-
tatique
e fonc-
cystos-
ration.
compli-